

## P9

**91. RESULTADOS A MUY LARGO PLAZO DE LA CIRUGÍA REPARADORA MITROTRICUSPÍDEA MEDIANTE ANULOPLASTIA FLEXIBLE**

Díez-Solórzano L, Bernal JM, Pontón A, Tascón V, Sarraide JA, Castillo L  
*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander*

Resultados a muy largo plazo de la cirugía reparadora mitrotricuspídea mediante anuloplastia flexible.

Objetivos: analizar los resultados a muy largo plazo de los pacientes intervenidos por lesiones orgánicas mitrales y tricúspides simultáneas de origen reumático mediante cirugía reparadora y los factores predictivos de riesgo de mortalidad y de complicaciones relacionadas con la válvula.

Material y métodos: entre 1974-1999, 122 pacientes (edad media  $45,1 \pm 12,5$  años) fueron intervenidos realizándose una doble reparación mitral y tricuspídea por una enfermedad orgánica reumática. La reparación de la válvula mitral consistió en una anuloplastia con anillo flexible de Durán asociada a comisurotomía en 98 pacientes (80,3%) y anuloplastia flexible aislada en 24 pacientes (19,7%). Se asoció además una reparación de las cuerdas tendinosas en 19 pacientes (15,6%) y papilotomía en 25 pacientes (20,5%). En cuanto a la válvula

tricúspide, se realizó en 78 pacientes (63,9%) una anuloplastia con anillo flexible y comisurotomía, y en 44 (36,1%) una anuloplastia con anillo flexible de Durán aislada, asociándose en 1 paciente (0,8%) la reparación de cuerdas tendinosas.

Resultados: la mortalidad hospitalaria fue de 6 pacientes (4,8%). La comisurotomía mitral cerrada previa, el tiempo posclampaje y la reintervención por sangrado constituyeron los principales factores predictivos de riesgo.

Con un seguimiento completo del 99,8%, y medio de 26,8 años, la mortalidad tardía ha sido de 94 pacientes (77,1%), la mayoría de causa cardíaca. Un total de 46 (37,7%) pacientes han precisado de una reoperación, de los cuales 31 (67,4%) ha sido por progresión de la enfermedad valvular reumática.

Conclusión: en nuestra experiencia se ha comprobado que el uso de un anillo en la reparación, tanto mitral como tricuspídea, en la enfermedad reumática mejora los resultados a largo plazo.

## P10

**186. IMPACTO ADVERSO DE LA DIABETES EN LA CIRUGÍA DE LA ESTENOSIS VALVULAR AÓRTICA. ¿INFLUYE ALTERANDO EL REMODELADO VENTRICULAR?**

García Fuster R, Paredes F, García A, Martín E, Cánovas S, Gil O, Hornero F, Martínez León J  
*Hospital General Universitario, Valencia*

Objetivos: el corazón diabético suele desarrollar aumento de masa y disfunción ventricular. Este fenómeno no ha sido bien estudiado en la estenosis aórtica, donde podría tener un efecto aditivo. Valoramos su repercusión en pacientes sometidos a cirugía por estenosis aórtica.

Material y métodos: mil setecientos cuarenta y cinco pacientes fueron sometidos a sustitución valvular aórtica entre 1995-2011; 454 eran diabéticos (26%), siendo 147 insulino-dependientes. Se analizó la influencia de la diabetes sobre parámetros de remodelado y función ventricular y su impacto en los resultados quirúrgicos.

Resultados: los diabéticos tenían un peor perfil de riesgo: mayor edad ( $70 \pm 7$  vs  $66 \pm 11$  años;  $p < 0,0001$ ), + hipertensión ( $65$  vs  $47\%$ ;  $p < 0,0001$ ) y obesidad ( $11,2$  vs  $7,0\%$ ;  $p < 0,01$ ), con mayor afectación arterial periférica ( $8,1$  vs  $4,6\%$ ;  $p < 0,01$ ), cerebral (accidente cerebrovascular [ACV] previo:  $8,6$  vs  $5,9\%$ ;  $p = 0,04$ ) y coronaria (infarto agudo de miocardio [IAM]

previo:  $6,4$  vs  $3,2\%$ ;  $p < 0,01$ ; revascularización asociada:  $43,2$  vs  $23,5\%$ ;  $p < 0,0001$ ). Menor fracción de eyección (FE) ( $56 \pm 15\%$  vs  $60 \pm 15\%$ ;  $p < 0,0001$ ), aunque sin aumento significativo de masa o volumen ventricular. Tampoco logramos demostrar un peor remodelado posquirúrgico, pero sí más complicaciones: bajo gasto cardíaco ( $3,3$  vs  $1,5\%$ ;  $p = 0,03$ ), ACV ( $3,1$  vs  $1,4\%$ ;  $p = 0,02$ ) y neumonía ( $4,8$  vs  $2,8\%$ ;  $p = 0,04$ ). Tendencia a mayor mortalidad hospitalaria ( $7,9$  vs  $5,5\%$ ;  $p = 0,06$ ) y menor supervivencia actuarial a 5 y 10 años ( $82 \pm 2\%$  vs  $87 \pm 1\%$  y  $57 \pm 3\%$  vs  $73 \pm 1\%$ ;  $p < 0,0001$ ) (Cox: *hazard ratio* [HR]:  $1,34$  [ $1,02-1,76$ ];  $p = 0,03$ ).

Conclusiones: los pacientes diabéticos intervenidos de estenosis aórtica mostraron un peor perfil de riesgo con claro impacto adverso sobre la morbilidad. Aunque la diabetes se asoció a mayor disfunción sistólica, no alteró significativamente el remodelado ventricular.